

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

240

ABCÈS DYSENTÉRIQUE DU FOIE

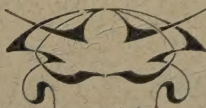
A apparition tardive

PAR

RENÉ LERICHE

Né le 28 décembre 1883, à Constantinople (Turquie)

Président : M. GILBERT, Professeur



PARIS

Alfred LECLERC, Editeur

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

082

240

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ABCÈS DYSENTÉRIQUE DU FOIE

A apparition tardive

PAR

RENÉ LERICHE

Né le 28 décembre 1883, à Constantinople (Turquie)

Président : M. GILBERT, Professeur



PARIS

Alfred LECLERC, Editeur

19, RUE MONSIEUR LE-PRINCE, 19

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHT
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.....	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEJERINE
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
	PINARD
Clinique d'accouchement.....	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	L'EPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection

A MES MAÎTRES VÉNÉRÉS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études médicales, au moment de quitter cette chère Faculté, qui a abrité les meilleures et les plus laborieuses années de notre vie, qu'il nous soit permis de remplir un devoir, qui nous est dicté par notre cœur, en exprimant ici toute notre reconnaissance à nos Maîtres Vénérés.

Nous prions Monsieur le Professeur Chauffard, qui a guidé avec bienveillance nos premiers pas dans la carrière médicale, de vouloir bien être assuré de notre profonde reconnaissance.

Que M. le Professeur Gilbert veuille bien croire à notre témoignage de gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

Nous sommes heureux de témoigner ici, nos plus sincères remerciements à MM. les Docteurs Lipman et Jomier, Chefs de clinique à l'Hôtel-Dieu, pour les précieux conseils qu'ils nous ont donné et que nous avons suivis pour l'édification de notre thèse.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de Monsieur le Professeur Gilbert, à l'Hôtel-Dieu, un cas d'abcès dysentérique du foie à apparition tardive ; il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature médicale, un certain nombre d'observations de ce genre pour en déduire une étude clinique, en insistant sur la pathogénie et la difficulté de diagnostic de ces formes lentes.

C'est le but que nous nous assignerons dans ce modeste travail ; nous nous attacherons à cette forme si curieuse et si intéressante, caractérisée par un abcès du foie apparaissant de longues années après une dysenterie ou une lésion dysentérique du tube intestinal et contractée dans les pays tropicaux.

HISTORIQUE

A cause de son insidiosité, de sa longue tolérance par l'organisme, cette forme ne se rencontre que peu souvent dans la littérature médicale, comparativement au grand nombre d'observations qu'on y voit enregistrées sur les grands abcès tropicaux du foie.

Hippocrate, Galien, Celse ; les maîtres de l'école d'Alexandrie, les Arabes qui étaient si bien placés pour les observer, nous ont laissé des descriptions exactes quoique incomplètes des grands abcès du foie. Les ouvrages médicaux du Moyen Age, vécurent sur les traditions de la médecine antique et il faut arriver au xvi^e siècle pour trouver certains travaux originaux sur cette forme traînante des hépatites suppurées ; les médecins du xvii^e siècle en signalaient quelques-unes.

Incomplètement connues des chirurgiens du siècle dernier pour qui ce ne sont que des trouvailles d'autopsies, ce n'est que du jour où les nations européennes ouvrirent, par leurs conquêtes coloniales, un vaste champ d'activité à leurs soldats et à leurs

émigrants, que les observations innombrables d'abcès du foie parurent.

Des médecins anglais, aux Indes et en Egypte, comme Twining, Morehead, Annesley, Rogers, Kactillis, Zancarol ; des médecins français de l'armée et de la marine comme Haspel, Cambay, Catteloup, Ronis, Dutroulau, ont contribué, par leurs recherches, à l'histoire des abcès du foie.

Mais il ne fut permis d'observer les abcès à évolution lente que du jour où d'anciens dysentériques, rapatriés, et au retour des pays chauds depuis plus ou moins longtemps, vinrent traîner dans les salles de nos hôpitaux, dans les climats tempérés. C'est ainsi qu'ils nous valurent des observations et des études de Laveran 1890, Netter 1890, Le Dantec 1892, Bertran et Fontan 1895, Boinet 1892, Josserand 1897, Kelsch et Krenier 1888, Rendu 1896, Hannot 1894, Oettinger 1894, Berger 1897, Lucas Championnière 1900, Chauffard 1905-8. Enfin, les remarquables travaux de Gilbert et Lipmann nous ont montré que les voies biliaires sont normalement et constamment habitées par des anaérobies et que le nombre de cas de pus amicrobiens diminue devant la recherche des anaérobies et la technique plus complète et plus perfectionnée.

Les travaux de tous ces différents auteurs ont poussé jusque dans leurs dernières limites l'étude de la pathogénie et du traitement de ces formes d'abcès tropicaux du foie.

ETIOLOGIE

Après les statistiques si probantes de Kelsch et Kiéner et de Rogers, avec Fontan, Mauson, Kartulis, Zancarol, tous les auteurs admettent qu'il n'y a pas de suppurations hépatiques tropicales sans ulcérations intestinales et il est indéniable que l'abcès du foie existe partout où l'on rencontre la dysenterie (Fontan 90 %, Rogers 95 % des cas). Mais si le facteur essentiel est l'amibe ou un autre microorganisme provenant du colon ulcéré, la dysenterie seule ne peut être à la fois la cause déterminante et prédisposante de l'abcès du foie.

D'autres causes interviennent et concourent pour déterminer et amoindrir la résistance du tissu hépatique et de l'organisme en général et les rendre beaucoup plus sensibles à l'infection.

Toutes ces causes secondaires depuis Kelsch et Kiéner, l'amibe restant l'agent constant primordial (Fontan Rogers), ont encore une importance considérable dans l'étiologie, importance telle que nous ne pouvons les oublier et qui nous obligent à les passer le plus brièvement possible en revue.

1° Causes prédisposantes générales :

L'hépatite suppurée qui domine dans les pays chauds varie fréquemment suivant les latitudes, à certains endroits plus qu'en d'autres ; cette distribution est expliquée par l'existence de la dysenterie amibienne qui atteint certaines régions pour en épargner d'autres.

La proportion des abcès du foie est d'ailleurs notablement augmentée là où il y a des épidémies de dysenterie.

2° Causes prédisposantes individuelles et hygiéniques :

Chez l'enfant et la femme d'européen, chez l'indigène qui sont sujets à la dysenterie, l'abcès du foie se voit rarement ; il se produit plus fréquemment chez l'européen entre 20 et 40 ans et de préférence dans les premières années de son séjour sous les tropiques (40 % des cas dans les 3 premières années, Manson) mais ça ne veut pas dire que les anciens résidants en soient exempts.

Il semble que la tendance à une trop riche alimentation, l'emploi d'une nourriture stimulante, d'épices et de copieuses boissons alcooliques (65 % d'anciens alcooliques parmi les hépatiques, Waring) amènent de l'hyperhémie, un processus dégénératif du foie qui le met dans un état d'infériorité en vue de la résistance.

3° Causes prédisposantes pathologiques :

La brusque suppression du flux dysentérique, le paludisme, la fièvre typhoïde, l'helmintrase, les

brusques changements de climat, le traumatisme (23 abcès sur 203 cas traumatiques, Edler) en amenant une congestion hépatique préparent pour le foie un terrain où la résistance est amoindrie.

On sait combien, dans nos climats tempérés, une fatigue excessive, un effort, un excès d'alimentation, un refroidissement, une grippe et bon nombre d'autres affections survenues chez d'anciens dysentériques rapatriés depuis de longues années, jouent un rôle dans l'éclosion tardive de l'abcès du foie.

PATHOGÉNIE

« Dans cet état complexe du foie fait de congestion sanguine, de stase biliaire et peut-être aussi de stéatose, dit Segond » ; conditions qui augmentent la réceptibilité du foie à la fixation et au développement des cultures microbiennes, quel est le mode de pénétration, et le trajet parcouru par l'amibe jusqu'au foie ? Certains avec Laffleur, Rogers pensent que l'amibe, après avoir traversé les parois intestinales, est amené par les lymphatiques au niveau du ligament suspenseur du foie, ce qui expliquerait le siège habituel des abcès à cet endroit ; d'autres avec Kelsch et Kiener croient que les amibes empruntent la voie portale.

Une fois fixé au foie, à l'amibe appartient la lésion d'irritation de thrombose ou de nécrose, mais il n'est pas le seul agent pathogène nécessaire, à sa suite, d'autres microorganismes aérobies et anaérobies viennent pour assurer l'œuvre de suppuration.

Ces microorganismes dont la flore intestinale est si riche et si variée font irruption dans le foyer de l'abcès, soit à la suite de l'amibe (Fontan), soit que

l'amibe lui-même en soit l'agent vecteur (Kartulis), soit qu'ils viennent des voies biliaires supérieures qui en contiennent normalement et constamment comme l'ont remarquablement montré les travaux de M. le Professeur Gilbert et de ses collaborateurs ; cette dernière source de microbes expliquerait l'apparition et le développement tardif des abcès du foie alors que les ulcérations dysentériques du colon sont depuis longtemps cicatrisées !

Mais comment expliquer la tolérance et la latence si longue ou le développement si tardif des abcès du foie chez les anciens dysentériques ? A ce sujet, on peut vraisemblablement envisager deux hypothèses :

Dans la première, peu attrayante, l'abcès aurait été longuement supporté soit par le peu de phénomènes réactionnels du foie, soit par toute autre cause.

Dans la seconde hypothèse plus vraisemblable, l'abcès se serait tardivement développé ; le nodule amibien, sans pus (Legrand) enkysté ou en voie de résorption aurait suppuré par la recrudescence de virulence des germes déposés au moment de la dysenterie ou bien apportés beaucoup plus tard.

De ces deux hypothèses, la dernière nous séduirait le plus. Dans nos observations, nous trouvons des cas favorables à l'une et à l'autre de ces hypothèses, mais nous ne pouvons conclure, les éléments d'appréciation nous manquant.

Nous avons vu, précédemment, ce qu'un traumatisme, un excès alimentaire, une affection quelconque ont d'importance dans le développement tardif des abcès du foie, par la congestion du foie et la recrudescence microbienne qu'ils amènent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Succédant à la dysenterie tropicale dans la plupart des cas, 85 % d'après Kelsch et Kiéner, les grands abcès du foie sont généralement solitaires 70 % des cas; d'après Rendu.

Mais il semble que leur multiplicité est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici, 17 % d'abcès doubles et 4 % d'abcès triples toujours d'après Rendu, dans ces cas, ils ne sont pas tous au même degré de développement.

La lésion a une prédilection marquée pour le lobe droit du foie, 97 % des cas d'après Fontan ; d'abord à cause de l'existence d'un double courant de la veine porte, dont l'un, celui de la grande mésentérique part de la moitié droite de l'intestin, du cœcum où se trouve le lieu d'élection des ulcérations dysentériques (Glénard, Siraud, Sérége, Erhardt), et puis à cause du volume plus grand que le lobe droit offre aux embolies septiques.

L'existence plus fréquente d'abcès à la face convexe du foie est expliquée de même par la ramification divergente de la veine porte.

Souvent l'abcès a un point d'évolution central et n'arrive à la périphérie du foie que progressivement. L'irritation que cause au foie le développement de l'abcès, provoque un travail de périhépatite qui lie le foie aux organes voisins par des adhérences qui donnent une sensation de frottement. L'abcès a, le plus souvent, le volume d'une orange et peut contenir de 400 grammes à plusieurs litres de pus. (Lavigerie cite un cas où il y avait 8 litres de pus).

Le pus est épais, crémeux, visqueux, inodore, sauf dans les cas d'altération putride, il est légèrement verdâtre et présente les caractères du pus louable ; mais souvent, la quantité de sang ou de détritits hépatiques qui s'y mélangent fait varier sa teinte du rouge lie de vin au brun chocolat. La bile aussi, suivant l'altération de ses matières colorantes, donne au pus une teinte allant du jaune au vert.

L'examen microscopique décèle, dans le pus de ces abcès, des leucocytes, des cellules hépatiques nécrosées, des gouttes de graisse, des tablettes de cholestérine, des cristaux d'hématoïdine, de Charcot-Leyden, des détritits granuleux, semés de noyaux ovalaires, des cristaux incolores, quadrangulaires (Eichhorst, Netter).

Le pus de certains abcès est amicrobien, soit que la flore microbienne ait disparue par suite de l'insuffisance du milieu nutritif ; soit des toxines qu'il contient à dose nuisible même pour les microorganismes.

mes (pus des vieux abcès, Kartulis) ; soit qu'il n'y ait que des amibes et ceux-ci échappent souvent à l'examen étant contenus dans les parois de l'abcès.

D'autres abcès contiennent un pus qui, à l'examen bactériologique peut contenir une richesse en aérobie et en anaérobie plus ou moins grandes ; on peut y rencontrer notamment : des staphylocoques blancs et dorés (Rogers Marchoux), des anaérobies tels que les *B. théboïdes*, *B. serpens*, *B. perfrengens*, *B. ramosus*, *B. Fragilis*, *B. funduliformis* que les travaux de Gilbert et Lipmann ont mis en lumière.

Suivant l'âge qu'il atteint, l'abcès du foie se présente avec des caractères divers qui en font des variétés différentes ; c'est ainsi que les abcès fibreux (de Kelch et Kiener), abcès enkystés (de Bertran et Fontan) sont moins volumineux et ont une évolution beaucoup plus longue que les abcès phlegmoneux ou nécrotiques (de Fayrer).

Autour de ces abcès, les altérations du foie sont variables ; dans la forme phlegmoneuse, la paroi de l'abcès est arrondie, régulière, ou bien anfractueuse, recouverte de fragments flottants de tissu hépatique et de charpente celluloso-vasculaire du foie ; dans la forme enkystée, on voit à la périphérie de l'abcès, une zone conjonctive épaissie qui entoure la collection purulente d'une enveloppe scléreuse, lardacée, sans cellules nobles ; la paroi est alors lisse, régulière, blanche, épaissie de 1 centimètre.

Kelsch et Kiener disent que le processus de ces

abcès est spécial et on pourrait l'assimiler à l'évolution des abcès froids. Chauffard est du même avis.

Le foie traduit sa gêne, par une altération plus ou moins grande, une hypertrophie et une hyperhémie au voisinage de l'abcès.

Congestionné, le foie peut dans les vieilles supurations être atteint de dégénérescence graisseuse.

ETUDE CLINIQUE

Pendant la longue période qui s'écoule entre la dysenterie initiale contractée dans les pays chauds et l'apparition de l'abcès du foie, le malade peut, comme dans notre cas, ne présenter aucune réaction locale ou générale ; dans d'autres cas, cette longue période de rémission est entrecoupée, plus ou moins souvent, par des crises intermittentes dont les signes frustes et peu caractéristiques varient avec les sujets.

Ce sont des troubles gastro-intestinaux ; des accès de fièvre non accompagnée de frissons et pas calmés par la quinine, durant quelques jours sans troubler l'état général du malade qui est relativement bon ; des douleurs intermittentes dans la région épigastrique, profondes, non localisées donnant une sensation de pesanteur, de barre.

Plus tard, lorsque le foie traduit la gêne et l'irritation que lui cause l'abcès qui se développe, la symptomatologie apparaît et se précise.

Le malade se présente à nous, amaigri, adynami-

que, il est irritable, il peut avoir, dans certains cas, de la céphalée et des insomnies.

Il accuse une douleur plus ou moins localisée à l'hypocondre droit, douleur qui donne une sensation de brûlure, d'arrachement ou de coup de couteau ; elle est intermittente et s'exagère à la pression, profonde d'abord, puis superficielle ; dans d'autres cas la douleur peut s'irradier vers l'épaule droite (Rouis, 17 cas sur 100) ou bien être en bretelle (Fontan).

Le malade tousse et a de la dyspnée lorsque la plèvre droite réagit.

Il y a quelquefois de l'élévation thermique vespérale avec chaleur et sueurs, mais sans frissons ; dans notre cas, le malade n'a rien présenté de semblable, et, après avoir pris toutes les trois heures sa température, et cela pendant plusieurs jours, il a atteint deux fois seulement 37°5

A l'examen objectif, l'habitus extérieur du malade nous frappe, il est considérablement amaigri (12 kilos en 3 mois) il se tient préférément dans le décubitus dorsal, mais nous n'avons pas remarqué que le décubitus latéral ou la station verticale ait augmenté ou diminué sa gêne.

Le teint est pâle, mais l'ictère manque (on ne le signale que dans 1/6 des cas, Rouis).

Les sclérotiques ont une blancheur cireuse caractéristique (Sachs). Le système nerveux du malade est irritable.

L'inspection montre la voussure de la région de

l'hypocondre droit causé par l'hypertrophie hépatique et l'écartement en dehors des dernières côtes.

Nous n'avons pas remarqué la défense de la paroi musculaire à la pression de l'hypocondre droit.

La palpation fait constater l'augmentation du foie ; elle est douloureuse dans une région limitée à la surface du foie ; dans le voisinage de l'abcès, qui présente une tuméfaction dure, lisse, régulière, en verre de montre comme le faisait remarquer M. le Professeur Gilbert, et de la grandeur d'une pièce de 5 francs, cette tuméfaction douloureuse à la pression profonde et qui tranche sur le reste du foie, participe aux mouvements de celui-ci.

On constate l'élargissement des espaces intercostaux droits ; le frottement périhépatique dû soit à l'œdème du foie (Hassler et Boissou), soit à la périhépatite (Bertrand) n'a pas été constant.

A la percussion on se rend compte de l'élévation de la matité hépatique qui est délimitée dans la région thoracique par une zone convexe.

En bas et en avant, elle dépasse de plusieurs travers de doigts le rebord costal et en arrière sur la ligne passant par la pointe de l'omoplate elle atteint la 10^e côte.

L'examen des autres organes ne présente rien d'anormal : la rate n'est pas hypertrophiée, le cœur et le pouls sont normaux. Dans certains cas il peut y avoir à la base du poumon droit des signes de congestion pulmonaire chronique.

Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine,

on ne trouve pas d'urobiline, ni le chromogène de l'urobiline, ni d'hypoazoturie (Parker, Lécorché, Cayley).

L'examen hématologique nous montre de l'hypoglobulie (Léger) 3.200.000 globules rouges ; de l'hyperleucocytose (Maurel, Boinet, Bertrand) 10.000 globules blancs et de la polynucléose (Boinet, Bertrand, Sardat, Morel) 73 %, cette polynucléose est dans les cas d'abcès tropicaux du foie, en faveur de leur infection bactérienne d'après l'avis de Marchoux. Les éosinophiles sont au nombre de 2 %.

L'examen radiologique qui dans le cas de grands abcès de la face convexe du foie montre l'effacement du sinus costo-diaphragmatique, la situation de la poche purulente et dans certains cas d'abcès de la face supérieure du foie le soulèvement et l'immobilisation de la moitié droite du diaphragme (Béclac) n'a fait constater, dans notre cas, que l'hypertrophie hépatique.

L'examen rectoscopique qui montre des ulcérations intestinales chez des dysentériques coloniaux guéris en apparence (Chauffard) et pouvant être utile dans les cas où la dysenterie manque dans l'étiologie du malade, ne nous a pas servi.

Enfin, la ponction exploratrice, qui en ramenant du pus, décèle le foyer suppuratif du foie et le localise, n'a pas été faite dans notre cas, M. le Professeur Gilbert ayant fait le diagnostic à l'aide de symptômes que nous allons énumérer dans le chapitre suivant.

DIAGNOSTIC

Grâce à son étiologie éloignée, à son processus insidieux, à son apparition tardive (15 ans après la dysenterie dans un cas de M. Rendu), à l'inconstance de la fixité de ses symptômes, le diagnostic de ces formes tardives de l'abcès du foie est le plus difficile à établir, surtout dans nos pays tempérés.

Les médecins des pays chauds et ceux de nos climats qui ont été appelés à soigner quelques-uns de ces cas, sont tous d'accord sur la difficulté du diagnostic.

Boinet dit : « Il n'y a pas de grands symptômes pathognomoniques d'un abcès du foie, le secret d'un diagnostic heureux est de le soupçonner. »

Fontan est plus explicite encore : « Il est plus difficile de diagnostiquer un abcès du foie que de l'opérer. »

En effet, il n'est pas une seule manifestation clinique, la plus fréquente qui ne puisse faire défaut ; la fièvre, la douleur localisée ou irradiée, l'attitude spéciale dans le décubitus, l'amaigrissement, l'amplitude des derniers espaces intercostaux, la tumé-

faction du foie, la fluctuation, le retentissement sur les autres organes peuvent faire défaut ou bien s'ils existent séparément et avec une intensité singulière, détourner l'attention du médecin et lui donner le change sur la signification des faits.

Il est évident que la notion du séjour du malade dans un climat tropical où règne la dysenterie, car celle-ci ne se manifeste toujours pas et reste latente et localisée à l'intestin (Neil Maclead et Dickinson) est importante, car elle attire et fixe l'attention du médecin.

Dans l'observation que nous citons, cette notion étiologique jointe à la tuméfaction douloureuse du foie et à la polynucléose marquée (10.000 polynucléaires) ont fourni à M. le Professeur Gilbert les éléments de son diagnostic. Mais avant d'arriver à poser ce diagnostic, il a fallu éliminer un certain nombre d'affections dont la symptomatologie aurait pu se confondre ou se rapprocher de celle de notre cas.

C'est avec le kyste hydatique, le cancer massif du foie et la syphilis à forme gommeuse qu'on aurait pu penser dans notre cas.

L'absence de matité de la tumeur ajoutée à celle de la matité hépatique, l'absence du frémissement hydatique, l'examen hématologique nous ayant montré l'absence d'éosinophilie et une réaction de Veinberg négative, a fait écarter le diagnostic de kyste hydatique.

Le diagnostic de cancer du foie a été également

rejeté ; les troubles digestifs caractéristiques, les ganglions, l'ictère, la dureté ligneuse et l'augmentation rapide du foie, la teinte jaune paille faisant défaut.

Enfin, la réaction de Wassermann négative, l'absence de traces de syphilis ancienne dans les antécédents et sur le tégument, la période courte pour l'évolution des lésions tertiaires nous a éloigné du diagnostic de syphilis à forme gommeuse.

Il est d'autres cas, où l'on pourrait avoir à faire le diagnostic différentiel d'abcès tardif du foie, d'avec le cancer gastrique, la pleurésie purulente, l'abcès sous phrénique.

Nous ne citerons que le cas où le malade n'ayant pas signalé sa dysenterie ou son séjour dans les pays chauds, ces antécédents étant loin de sa mémoire, se présente à l'examen du médecin amaigri, cachectique, ayant de la fièvre hectique, des sueurs nocturnes, des râles dans les poumons, des frottements pleuraux du côté droit, une expectoration purulente dans les cas d'ouverture de l'abcès dans les bronches ; la douleur hépatique imposera pour un point de côté thoracique, la diarrhée présente ou absente, expliquera la confusion avec la tuberculose pulmonaire ; il faudra alors rechercher les signes de l'auscultation, faire l'examen des crachats qui montrerait l'absence de bacilles de Koch, faire la réaction de la tuberculine et examiner les poumons du malade à la radioscopie.

Mais il y a des signes de certitude pour le diag-

nostic de ces abcès du foie ; la clinique dispose de plusieurs moyens d'exploration qui peuvent rendre de grand services.

Ils nous sont fournis par :

La radiologie qui nous montre la situation de la tumeur dans le foie, l'altération du sinus costo diaphragmatique et l'immobilisation de la moitié du diaphragme dans le cas d'abcès supérieurs.

L'examen hématologique qui nous fait voir une leucocytose pouvant aller jusqu'à 50.000 leucocytes, une polynucléose notable, une hypoglobulie et l'absence d'éosinophilie.

Par les ponctions exploratrices, qui en ramenant du pus nous révèlent le foyer de l'abcès ; à ce sujet le P^r Chauffard recommande, si la première ponction ne donne rien, de larder le foie d'une couronne rayonnante de ponctions exploratrices répétées.

Enfin, la rectoscopie permet de découvrir des ulcérations chez d'anciens dysentériques en apparence guéris.

Livrés à eux-mêmes le pronostic des abcès tardifs du foie est peu favorable, car une fois formés ils ne peuvent plus disparaître (Josserand) et ils doivent se terminer par l'évacuation qui, si elle n'est pas complète, emporte le malade par infection, ou par la cachexie (Manson).

TRAITEMENT

Dans l'hépatite tropicale suppurée tardive, le foie ayant son degré de résistance diminué, l'organisme devient sujet à un état chronique d'affaiblissement et d'infection.

Il convient donc pendant la période d'hésitation du diagnostic et dans laquelle le malade est en observation, de soumettre celui-ci à un régime diététique qui relève l'organisme, sans fatiguer le foie, et à une médication aseptisante des voies biliaires.

On aura recours à une alimentation lacto-végétarienne dont l'abondance dépendra de l'état de tolérance du tube digestif du malade et à des antiseptiques biliaires à doses faibles et continues ; tels que le calomel, le salicylate de soude, l'urotropine, on essayera surtout le chlorhydrate d'émetine en injections qui a été préconisé par Rogers (de Calcutta) et qui a donné de beaux résultats au P^r Chauffard dans un cas d'abcès du foie. On utilisera aussi les ferments lactiques pour lutter contre la flore microbienne de l'intestin.

Mais seule l'intervention chirurgicale s'impose,

elle a été proclamée et reconnue nécessaire et spécifique par tous les médecins qui ont eu à traiter des abcès du foie des pays chauds, seule elle a pu abaisser la mortalité qui était de 80 % dans les cas inopérés à 37 % des cas opérés.

A ce sujet Manson P, dit : « Plus l'opération est retardée plus les chances de guérir diminuent », et Fontan dit plus explicitement : « Tout abcès du foie doit être opéré aussitôt reconnu ».

Nous empruntons, en les résumant, au Traité des Maladies chirurgicales du Foie et des Voies biliaires de J. L. Faure, les détails du traitement chirurgical à opposer aux grands abcès du foie.

A l'incision de Little aveugle et dangereuse on a substitué, l'ouverture méthodique, plan par plan, couche par couche, avec toutes les précautions dont on s'entoure pour une laparotomie ordinaire et avec toute la sécurité que donne une opération à ciel ouvert.

Pour les abcès développés vers l'abdomen on incisera la paroi de préférence longitudinalement au point le plus saillant ; dans le cas où il n'y a pas d'adhérences, on fixe le foie à la paroi ; quand le foie est uni à la paroi par des adhérences et qu'on ne reconnaît plus ni aponévrose, ni péritoine, ni tissu hépatique, on s'avance prudemment guidé par la rénitence ou par l'induration profonde jusqu'à ce qu'on voit sourdre quelques gouttes de pus au fond de la plaie.

On agrandit alors l'ouverture, au bistouri, aux ci-

seaux, avec le doigt si l'on craint une hémorrhagie ou bien au thermocautère porté au rouge sombre lorsque l'abcès est central ; on lave soit à l'eau bouillie, soit à l'eau oxygénée si le foyer est trop putride. Lorsque la cavité est nettoyée, on l'explore avec les doigts pour se rendre compte de ses dimensions, de son siège, de l'état de ses parois. S'il n'y a pas d'hémorrhagie venant de la poche, il ne restera plus qu'à drainer, en diminuant un peu, s'il est nécessaire, la longueur de l'incision cutanée. Zancarol a insisté sur l'utilité de compléter le nettoyage de l'abcès au moyen de tampons et de compresses montés sur une pince et promenés sur la paroi de l'abcès. Fontan est allé plus loin, il a proposé de curetter ces abcès une fois ouverts avec une curette tranchante.

Pour les abcès prédominants vers la cavité thoracique l'opération se complique.

Lorsque l'abcès n'est pas trop éloigné du rebord costal, il est possible de l'atteindre après résection de ce rebord suivant le procédé de Lannelongue, sans toucher à la plèvre.

Mais pour peu que l'abcès siège trop haut et prédomine sur le côté et en arrière, il faudra l'aborder par la voie transpleurale. Ce procédé calqué sur celui qu'Israël a employé pour le kyste hydatique a donné des succès à Zancarol, Loison, Fontan, Walther, Faure et les chirurgiens qui ont eu l'occasion de l'employer.

Il est utile de réséquer 1 ou 2 côtes pour opérer à

l'aise. S'il y a des adhérences, l'opération est facilitée, sinon il faut ouvrir la plèvre en évitant de la laisser béante, pour ne pas occasionner un pneumo-thorax, on suturera le feuillet pariétal au feuillet viscéral au-dessus du point où l'on veut passer de façon à fermer la partie inférieure de la séreuse et à éviter une inoculation.

La plèvre ainsi fermée on traverse le diaphragme ; souvent l'abcès présente avec le péritoine qui le double, des adhérences intimes et derrière le diaphragme, on tombe ainsi presque immédiatement dans l'abcès. Si, au contraire, le péritoine paraît sain sous le diaphragme, on doit suturer le péritoine diaphragmatique au péritoine hépatique et il ne reste plus, cette précaution prise, qu'à ouvrir, nettoyer et drainer l'abcès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION (*Personnelle*)

Recueillie dans le service de M. le Professeur Gilbert par le Docteur Lipmann, chef de clinique. Absès au foie survenu 7 ans après la dysenterie.

Le nommé B..., âgé de 30 ans, camionneur, entre le 12 décembre 1912 à l'Hôtel-Dieu, salle St-Christophe, lit n° 26.

Antécédents héréditaires excellents.

Père âgé de 61 ans. Mère âgée de 58 ans, tous deux sont bien portants. Personne n'a jamais souffert du foie dans la famille. Une sœur du malade paraît anémique. Le malade a un enfant très vigoureux.

Antécédents personnels :

Le malade fut jadis très bien portant et très vigoureux, mais il fit son service militaire dans l'infanterie de marine et fut envoyé en Indo-Chine. Il fit d'abord un séjour au Cambodge, pays salubre, paraît-il, et où il fut bien portant.

Puis un séjour de 26 mois en Cochinchine où il contracta en 1904-1905, une forte dysenterie qui dura 20 mois, c'était une dysenterie avec selles fréquentes (157 par jour pendant plusieurs jours, puis 50 selles) forte-

ment teintées de sang. Mais à aucun moment, le malade n'éprouva de douleurs du côté du foie ; il semble bien qu'il n'ait pas été atteint d'hépatite dysentérique.

Pendant son séjour en Cochinchine, il eut encore plusieurs accès de fièvre, qualifiées de paludéennes, accès qui se produisaient tous les mois.

Ils commençaient le soir à 3 heures et duraient jusqu'à 2 heures du matin, présentant successivement les trois phases de : frissons, chaleurs, sueurs. Ces accès étaient calmés par la quinine, du moins au début du séjour en Cochinchine ; au bout de quelques mois, ils cessent d'être influencés par cette médication.

Rapatrié en 1906, le malade vit cesser sa dysenterie pendant la traversée et depuis lors elle ne reparut pas. Mais, une fois rentré en France, le malade eut plusieurs accès fébriles analogues à ses anciens accès de Cochinchine.

Il eut trois grands accès, non calmés par la quinine. Ces trois accès se produisirent après sa rentrée en France, en 1906.

Le dernier de ces accès fut très spécial ; pendant 15 jours, il eut quotidiennement une élévation thermique ; la température était très oscillante et il n'eut qu'un seul frisson au début. La quinine resta impuissante sur ces accès, mais il n'en fut pas de même pour la cryogénine. A ce moment le malade n'avait pas encore souffert du foie. Ce fut le dernier accès.

Un ou deux ans après, en 1907-1908, le malade commence à souffrir de l'abdomen, c'était une barre siégeant à l'épigastre et ayant une direction transversale. c'était une douleur intermittente, sensation de torsion et d'arrachement dans la région hépathique.

Cette douleur revenait une fois par mois, se produisant deux à trois heures après les repas ; mais à aucun moment le malade ne souffrit réellement à l'hypocondre

droit. Jamais il n'eut de douleur propagée du côté de l'omoplate, jamais d'ictère.

En avril 1908, le malade se prit à tousser, à maigrir et pendant 8 à 15 jours, il cracha un peu de sang.

Il fut soigné au Val-de-Grâce, se remonta assez vite. Depuis, il n'a jamais plus toussé.

La santé du malade fut assez bonne depuis 6 ans, troublée seulement par de petites douleurs hépatiques. Au mois d'août il fait un effort et sent comme un craquement dans l'abdomen.

Au mois de septembre dernier, à Saint-Antoine où il était entré, il sent subitement, pendant la nuit, une douleur à l'hypocondre droit à la région vésiculaire, avec grand accès fébrile : chaleur, sueurs, mais pas de frissons, le lendemain, sa température est normale, il eut aussi un vomissement bilieux.

Considéré comme appendiculaire, le malade fut mis à refroidir, au bout de 15 jours, il ressentit une douleur sous les côtes. Au bout d'un mois, on renonce à l'opération. Le malade a des sueurs nocturnes, et, depuis 3 mois, il a beaucoup maigri (10 à 12 kilogr.). A Saint-Antoine, on soumit le malade à diverses réactions : de Veinberg, de Wassermann qui donnèrent des résultats négatifs.

Depuis 15 jours, le malade a des douleurs dans l'épigastre et l'hypocondre droit, sensation de brûlure à l'hypocondre et de coups de couteau à l'épigastre.

Examen physique.

Dimensions du foie.

Bord supérieur : délimité par une ligne réunissant les points suivants :

Base de la xyphoïde : sur la ligne médiane.

Cinquième espace intercostal : sur la ligne mamelonnaire droite.

Septième espace intercostal : sur la ligne axillaire droite antér.

Neuvième côte : sur la ligne axillaire droite postérieure.

Onzième côte : sur la ligne de la pointe de l'omoplate.

Douzième côte : sur la ligne du rachis.

Cinquième espace intercostal : sur la ligne mamelonnaire gauche.

Bord inférieur :

Sous le rebord costal : sur la ligne mamelonnaire gauche.

Dix centimètres au dessous de la pointe xyphoïdienne : sur la ligne médiane.

Trois et demi centimètres au dessous des côtes : sur la ligne mamelonnaire droite.

Deux centimètres au dessous des côtes : sur la ligne axillaire antérieure.

Extrémité antérieure de la 12^e côte : sur la ligne axillaire postér.

Hauteur totale du foie :

Douze centimètres : sur la ligne mamelonnaire gauche.

Dix-sept centimètres : sur la ligne médiane.

Dix-sept centimètres : sur la ligne mamelonnaire droite.

Seize centimètres : sur la ligne axillaire antérieure.

Le bord inférieur est à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Le lobe gauche dépasse la ligne médiane à gauche, il paraît très volumineux.

Consistance du foie :

Le foie est mou, à peine plus résistant qu'à l'état normal ; il est régulier et sans encoche.

Tuméfaction du foie :

Une tuméfaction dure, tranche par sa dureté sur le reste du foie, elle est lisse régulière saillante en verre de montre. Nettement circonscrite, régulièrement arrondie, elle se confond à la périphérie avec le foie. Cette tuméfaction participe aux mouvements d'ascension et de descente du foie, elle est indépendante de la paroi, située

immédiatement en dehors de la ligne médiane, au-dessous du rebord costal droit, à 3 centimètres au-dessus du bord inférieur du foie ; elle a un diamètre de 7 centimètres. On a senti quelques froissements de périhépatite.

Palpation du foie :

Le malade accuse une très vive sensibilité à la palpation dans une région limitée à la surface du foie, juste sur la ligne médiane, au niveau du bord inférieur du foie, immédiatement au-dessus de l'ombilic ; cette surface a environ 4 centimètres de côté. La tumeur est un peu sensible, mais seulement aux pressions profondes. On ne sent pas au niveau de la tumeur de frémissements hydatiques.

Examen des urines :

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni urobiline, ni le chromogène de l'urobiline.

Examen des poumons :

On trouve un peu de submatité en arrière, au sommet droit, le murmure vésiculaire est plus rude à droite qu'à gauche, il semble qu'il y ait une vieille lésion bacillaire cicatrisée.

Examen du cœur :

Rien d'anormal.

Examen du système nerveux :

Réflexes normaux, nervosisme accusé.

Examen du sang :

Globules rouges	3.220.000
Globules blancs	10.200
Hémoglobine	70%
Polynucléaires	73
Lymphocytes	5
Moyens mononucléaires.....	12
Grands mononucléaires	8
Eosinophiles	2

Examen bactériologique :

Examiné au point de vue de l'aérobiose, le pus n'a donné que des stéptocoques.

Les réactions de Wassermann et de Weinberg ont été négatives. M. le Professeur Gilbert fait le diagnostic d'abcès tardif du foie en se basant sur les antécédents dysentériques, la tumeur et la polynucléose.

Le malade est mis en observation, sa température est normale et n'a atteint 37°5 qu'à deux reprises, il déclare ne pas avoir de frissons, ni de sueurs nocturnes.

Les 16, 24, 25 décembre 1912, la température est prise toutes les deux heures nuit et jour et le 16 décembre à minuit, il a eu 37° 6.; le 25 à 3 heures, 37° 6.

Les urines n'ont jamais rien présenté d'anormal.

Le malade a bon appétit, demande à manger, digère bien, il est au régime lacto-végétarien.

Mais le 26, 27, 28 décembre, le malade déclare souffrir vivement au niveau de la tuméfaction qu'il présente à la surface du foie, la palpation de cette région est douloureuse.

Aucune température cependant, aucune réaction péritonéale. Le pouls à 80, est régulier et bien frappé. On attend donc, sans intervenir chirurgicalement. Au bout de 4 jours, toute douleur a disparu, mais le malade ne cesse de se plaindre d'une légère brûlure siégeant à l'épigastre ; il est, du reste, convaincu qu'il a un abcès du foie, c'est un névropathe, il s'inquiète et veut se faire opérer.

Jusqu'au 7 janvier 1913, aucun nouvel incident, cependant, on finit par rechercher à intervenir ; il faut remarquer que le poids du malade a augmenté, il est passé de 58 kilogs le 12 décembre à 61 kilos le 4 janvier.

Le 7 janvier 1913, le malade passe en chirurgie dans le service de M. le Professeur Reclus ; le malade est opéré le 13 janvier.

On pratique une incision médiane sus-ombilicale, le

foie paraît hypertrophié. A droite de la ligne médiane (là où on avait senti une tumeur à la palpation abdominale), on suit la surface du foie et on trouve une tuméfaction d'une dureté ligneuse, il n'y a pas de périhépatite. On enfonce une aiguille, l'aiguille perce difficilement dans ce tissu sclérosé, à grande profondeur elle rencontre du pus grisâtre, on laisse l'aiguille et on se guide sur elle pour inciser ; le bistouri traverse une grande épaisseur de tissu scléreux et on finit par rencontrer une petite poche de pus. On met un drain. Le 14 janvier, le malade tousse continuellement, il a 39°, il présente ces phénomènes dus à une légère congestion pulmonaire, pendant quelques jours.

Du 21 janvier au 7 février, le malade va très bien, il n'a plus ni température, ni toux, ni autre phénomène, il est au régime ordinaire ; la plaie opératoire est cicatrisée ; on enlève le drain le 7 février et le 21 février il sort du service de chirurgie, le trajet fistuleux est comblé.

Il entre à l'asile de Vincennes pour se reposer.

OBSERVATION II

Publiée dans la thèse du Dr Chanac et recueillie dans le service de M. le Professeur Forgue

Abcès du foie survenu 13 ans après le début des accidents. T... Auguste, peintre, âgé de 36 ans, entre le 7 juin 1897 dans le service du Professeur Grasset.

Antécédents héréditaires : Sans intérêt.

Antécédents personnels : Santé habituelle bonne. Soldat dans l'infanterie de marine, il est envoyé au Tonkin

en 1884 où il reste jusqu'en 1886. Il nie avoir jamais eu la dysenterie ou autre trouble intestinal. Mais après un an au Tonkin, il fut pris de fièvres paludéennes enrayées par la quinine. Pendant les 14 mois de son séjour en Indo-Chine il a deux petits accès par mois, le matin, à intervalles réguliers.

Il rentre en France anémié et amaigri par deux ans de séjour au Tonkin et 14 mois de fièvres intermittentes. Quelques jours après son arrivée à Toulon, il a un accès de fièvre enrayé par la quinine. Quinze jours après, second accès peu violent et qui fut le dernier ; depuis cette époque le malade n'a éprouvé aucun phénomène qui lui ait rappelé ses fièvres du Tonkin, depuis 1886 il n'a plus pris de quinine. En quelques mois, T... reprend ses forces et revient à la santé, et jusqu'en 1895 il n'éprouve aucun trouble digestif, aucun phénomène douloureux du côté du foie, mais en 1895, le malade s'aperçoit que ses urines étaient troubles et odorantes, il ne s'en préoccupe pas, continue son métier sans aucun traitement, il se sentait fort, avait de l'embonpoint, mangeait et digérait bien.

1^{er} séjour à l'hôpital en 1897.

Après cette période de santé de 11 ans, brusquement, sans aucun trouble digestif, sans fièvre, il se sent faiblir, maigrir, cesse de manger, il va voir le Professeur Forgue puis le Professeur Grasset, il a le teint terreux, un état général mauvais, des urines purulentes, sans aucun phénomène objectif ou douloureux, sauf une augmentation du foie. Les deux professeurs hésitent entre le diagnostic d'abcès du foie et de pyélo-néphrite, mais comme la situation du malade ne commandait pas une intervention, on mit le malade en observation et on prescrivit le régime lacté, le bleu de méthylène, le benzoate de soude.

Un mois après, le malade alla revoir le P^r Forgue, il y avait amélioration notable. Le P^r Forgue lui permet de

manger et lui ordonne de continuer le benzoate de soude. En quelques mois le malade reprit ses forces, augmenta de poids, l'amélioration dura deux ans, jusqu'en 1900.

2^e séjour à l'hôpital, en mai 1900.

En pleine santé, spontanément, sans douleurs, sans fièvre, sans troubles digestifs, T... sent comme en 1898, ses forces diminuer et aperçoit à la partie inférieure de son thorax, du côté droit, une voussure qui soulève la peau et est douloureuse à la pression ; 15 jours après il ressent des douleurs lancinantes, profondes, régulières surtout pendant les inspirations.

Il entre dans le service du P^r Grasset, le 7 juin et passe aussitôt dans celui du P^r Forgue.

Examen à l'entrée. Le teint est terreux, subictérique, l'état général mauvais, l'amaigrissement et l'affaiblissement marqués. Le malade s'était mis depuis 1 mois au régime lacté ; il ne présente ni vomissements ni troubles vésicaux. Cette tuméfaction est molasse et repose sur le plan costal qui lui forme une base résistante. La palpation provoque une douleur assez vive, pas de fluctuation nette. Le foie est notablement augmenté de volume, la ligne de matité supérieure suit le rebord supérieur de la sixième côte à partir de la ligne mamelonnaire et en allant vers le sternum. Le bord antérieur du foie perceptible sous le rebord des fausses côtes, descend vers l'ombilic dont il n'est séparé que de deux travers de doigt sur la ligne médiane, pour remonter à gauche et atteindre le rebord costal à l'union des 8^e, 9^e et 10^e cartilages costaux. La percussion n'est douloureuse qu'au niveau de la tuméfaction. A l'auscultation du thorax on note de la submatité et des frottements pleuraux dans toute la base du poumon droit.

Le rein droit n'est pas perceptible à la palpation.

L'abdomen est souple, indolore, il n'y a pas d'ascite. Les urines sont troubles, acides, il n'y a pas de sucre,

l'albumine est de 1 gr. 80, il y a un abondant dépôt de pus, la quantité des urines est de 980 grammes.

On fait le diagnostic d'abcès tardif du foie.

Le malade est opéré le 9 juin 1900. Incision. Drainage. Le pus est stérile. Les suites opératoires sont bonnes. Un mois après le trajet fistuleux est comblé. Le malade a réparé ses forces et augmenté de poids.

OBSERVATION III

*Publiée dans la thèse du D^r Laferrière et communiquée
au D^r Josserand par le D^r Grand, médecin de^r hôpitaux
de St-Etienne.*

Abcès du foie survenant 11 ans après la dysenterie.

X..., âgé de 39 ans, ingénieur.

Antécédents héréditaires :

Deux frères et une sœur morts jeunes de tuberculose.

Antécédents personnels :

Pas de maladies dans l'enfance, sauf de légères bronchites. En 1884, il séjourne 6 ans dans une région marécageuse du Honduras, avoisinant l'Atlantique, il n'a pas de maladies.

En 1887 X..., après un congé, est atteint de fièvres palustres dès son arrivée ; il a des accès tous les 8 jours, tous les 15 jours, type quotidien ou tierce, accès coupés par le sulfate de quinine.

En 1888, apparition de la dysenterie qui n'a cessé qu'en 1892. De retour en France en 1890, la fièvre persiste pendant 6 mois avec des accès bien nets.

En 1892, aucun trouble intestinal.

En 1893, les accès de fièvre palustre reparaissent et durent 3 semaines ; fin 1893, survient une pleurésie de la base gauche, guérie en 15 jours. Depuis son retour en France X... n'a jamais eu fort appétit, il est petit mangeur et depuis quelques années, grand buveur de bière ; il n'a pas présenté de troubles digestifs.

En 1898, quelques semaines avant le 20 novembre, l'appétit diminue et devient presque nul, avec dépression, dégoût général et troubles de caractère.

Le 20 novembre le malade a des selles fétides, le 30 novembre, dans la nuit, X.... est pris de vomissements bilieux abondants et de selles fétides, la température est de 39°2, les urines albumineuses, tous ces symptômes disparaissent rapidement et le 19 décembre tout est disparu sauf les signes d'embarras gastrique, le foie est augmenté de volume et hypertrophié, douloureux, le teint terreux, les conjonctives subictériques. A partir du 20 décembre le malade se lève et il sort le 23 décembre.

En 1899, le 11 janvier, apparaissent de nouveau des vomissements bilieux abondants et un mauvais état gastrique très marqué, avec langue saburrale et selles fétides. Dans l'intervalle des 2 accès, tout paraissait être rentré dans l'ordre et le malade se sentait affaibli et morénique. Cette fois la température ne diminua pas.

D'après l'examen du Dr X..., le sommet droit portait la trace d'anciennes lésions tuberculeuses et avec les antécédents héréditaires du malade, nous fûmes hantés par l'idée de tuberculose aiguë.

Le 4 février 1899 la température est de 37°2 le matin et de 38°5, le soir, le malade a maigri, ne mange pas, il a des sueurs nocturnes, le foie augmenté dans de petites proportions et la rate normale.

Le 21 février, à Cannes, où il a été envoyé, le malade présente un phénomène nouveau, un grand accès fébrile

en deux périodes ; un frisson qui dure 35 minutes et de la température pendant 1 heure.

D'autres accès surviennent le 26, 28 février, le 1, 4, 14, 17 et 18 mars, le 19 mars 2 accès renouvelés ; le 20, 21, 22 mars. Les derniers accès furent précédés d'une douleur lombaire très vive, courte, sans siège exact, dès que la douleur cessait, le frisson apparaissait.

Le médecin qui soignait, à Cannes, le malade, fit part de ces incidents au Dr X... et à moi-même, nous pensâmes à un abcès du foie.

Le malade ramené à St-Etienne fut opéré le 31 mai 1899 par le Dr Duchamps de l'Hôtel-Dieu de St-Etienne.

Le malade est aujourd'hui guéri et a recouvré son appétit.

OBSERVATION IV

*Publiée par M. Rendu le 17 juillet 1896 à la Société
Médicale des Hôpitaux*

Abcès du foie apparaissant 9 ans après la dysenterie.

N... Félix, âgé de 31 ans, ouvrier attaché à la fabrication des capoules, entre le 15 décembre 1895, à la salle Bouleuz, n° 13.

Antécédents personnels :

Pas de maladies sérieuses jusqu'en 1883. N... sert en 1884, comme soldat au Tonkin, où il reste 3 années, pendant cette période il a les fièvres intermittentes qui durent 5 mois et une dysenterie qui dure 3 semaines, le foie est gros au dire des médecins.

Il revient à Paris en 1887, fait des excès alcooliques et vénériens, il attrape un chancre mou et des bubons.

En 1889, il entre à St-Antoine pour une congestion du foie, que les médecins traitent comme d'origine alcoolique. Au bout de 4 mois le malade quitte l'hôpital, depuis cette époque il a été plus sobre et n'a ressenti que quelques douleurs épigastriques.

En avril 1895, à la suite d'un bain froid, le malade est pris de malaises, de frissons, de douleurs épigastriques, d'anorexie et de diarrhée par intervalle.

On le traite pour tuberculose.

Dans les premiers jours de décembre, survient une teinte subictérique et N..., entre le 14 décembre à l'hôpital.

Etat actuel, le 25 décembre.

Le malade est chétif, cachectique, il est subictérique, présente une vive douleur au niveau du foie, ses selles sont colorées, les urines ne présentent pas la réaction de Gmelin ; la douleur hépatique d'après le malade, dure depuis 4 mois, mais est plus prononcée depuis 3 semaines ; la douleur est spontanée, sourde, continue, accrue par les mouvements respiratoires, le décubitus latéral, cette douleur diminue dans la station debout, elle ne s'irradie pas.

L'examen de la région hépatique ne laisse aucun doute sur l'hypertrophie du foie. A l'inspection on voit une voussure sous diaphragmatique avec immobilité des deux dernières côtes et saillie manifeste des espaces intercostaux. A la palpation, le bord du foie n'est pas émoussé et à la pression, le rebord tranchant est sensible et douloureux ; le lobe gauche paraît normal. En somme, il y a hypertrophie droite du foie refoulant le diaphragme jusqu'au 4^e espace intercostal.

Depuis quelques semaines l'appétit du malade est médiocre, il a le dégoût des matières grasses et de la viande, il y a un peu de météorisme, la langue est saburrale,

N... n'a jamais eu de selles glaireuses ni sanguinolentes ces derniers temps.

Les poumons sont sains, sauf en bas et à droite où l'hypertrophie du foie rend nulle la respiration et donne de la matité. Les autres organes sont normaux.

L'état général est médiocre, il n'y a pas de fièvre, t° 36,8.

Afin d'éclairer la question, je fis aseptiquement une ponction exploratrice et je recueillis un liquide louche phlegmoneux et stérile.

L'aspect clinique est celui d'une grosse collection suppurée du lobe droit bien toléré par l'organisme puisqu'il n'y avait pas de fièvre, mais suffisant à entraver la nutrition générale par sa présence.

On opère le malade le 29 décembre. On retire 2 litres de pus grisâtre inodore, on nettoie le foyer et l'on draine. Les suites opératoires sont bénignes.

Le malade quitte le service dans les premiers jours de février, en avril il était complètement guéri.

OBSERVATION V

Publiée par Bertran et Fontan

Abcès du foie 9 ans après une dysenterie grave.

M. A..., médecin de 2^e classe de la marine, a effectué comme aide-médecin deux voyages : l'un en Nouvelle-Calédonie en 1879, l'autre en Cochinchine en 1880. A la suite de cette dernière campagne il eut quelques accès très légers de fièvre.

Promu en 1881, médecin de 2^e classe, il fut envoyé au

Sénégal, où il fut chargé du service médical dans plusieurs colonnes expéditionnaires et de 1881 à 1884, il eut une dysenterie grave et une fièvre bilieuse qui nécessita son hospitalisation à Saint-Louis.

Rentré le 1^{er} janvier en France, il obtint, à Cherbourg, un congé de convalescence qui fut prolongé de 2 mois, à Paris, pour anémie et dysenterie.

A Nancy où il passait son congé, il rentre à l'hôpital pour hépatite aiguë et dysenterie. Ayant rallié Toulon, il dut aussitôt entrer à l'hôpital.

3 mois de convalescence. Autre entrée à l'hôpital principal de Toulon suivi d'une autre convalescence de 3 mois.

Déclaré en juin 1885, en non activité pour infirmités temporaires, M. A... fit pendant cette période de 3 ans, de nombreux séjours à l'hôpital militaire de Nancy d'où il fut envoyé en 1887 à Plombières et en 1888 à l'hôpital de Vichy.

A Vichy, après 3 bains et 9 douches, il fut obligé de cesser tout traitement à la suite d'accès de fièvre très violents, de vomissements bilieux violents, de dyspnée continue et de pesanteur dans l'hypocondre gauche, la marche même était devenue impossible ; M. A... a des sueurs nocturnes, mais pas d'ictère.

Renvoyé à Nancy, avant la fin de son traitement, il est pris, le 10 septembre, de frissons violents et répétés, de dyspnée et de douleur entre les deux épaules, la température est de 39°.

Le 13 septembre il rentre à l'hôpital de Nancy où on constate une énorme augmentation du foie qui déborde de 4 travers de doigts le rebord costal et remonte dans le thorax jusqu'au 4^e espace.

Le 8 octobre on constate à gauche du sternum, dans le 7^e espace intercostal, un point fluctuant qui est largement ouvert et donne un litre et demi de pus chocolat. Drai-

nage et lavage à l'eau boriquée. Le lendemain la fièvre tombe, l'appétit renaît.

Le 26 octobre la température remonte, on remarque de l'œdème de la paroi droite du sternum, on incise à ce niveau, il s'écoule une petite quantité de pus, lavage et drainage de l'abcès. La fièvre persiste à la suite de 2 ponctions qui ne donnent rien, on constate une nouvelle voussure beaucoup plus volumineuse que la précédente, en avant de la ligne axillaire sur le dernier espace intercostal droit, une large incision évacue une grande quantité de pus chocolat.

Le 7 novembre, la température monte à 38° et s'y maintient quelques jours, la suppuration est très abondante, l'état général mauvais.

Le 22 novembre on incise trois trajets fistuleux qui s'étaient formés à côté de l'ouverture de l'abcès droit, on cautérise ces trajets fistuleux. A partir de ce moment la température baisse, l'appétit revient, l'état général s'améliore, mais la cicatrisation ne s'effectue qu'en janvier 1889.

Remis en non activité de service, il rentre à Nancy le 23 février 1889. Malgré une hygiène très sévère il est sujet à des rechutes arrivant par périodes de 15 jours à deux mois, avec poussées congestives du côté du foie.

Le 20 décembre 1891, il fut pris de frissons qui se prolongèrent pendant deux jours avec douleur du côté droit, température matinale de 38° et vespérale de 39°5.

Le 26 décembre, le malade perçoit un point douloureux à la région thoracique droite, du côté de la base, il a une toux sèche, violente, et au niveau de la base droite matité très prononcée et abolition complète du murmure vésiculaire.

A la suite d'une quinte de toux, le malade a une expec-

toration d'abord siccée de sang, puis plus abondante avec crachats noirâtres et très fétides.

Cet état dura un mois.

OBSERVATION VI

Publiée par M. Lucas-Championnière

Abces du foie survenu après les accidents initiaux.

Le sujet est âgé de 52 ans, cuisinier, affirmait les faits suivants :

Engagé au 2^e zouaves, à Oran, en 1888, il fut pris dans sa première année de service, de fièvre avec vomissements ; il passa 5 semaines à l'hôpital, puis reprit son service et resta en bonne santé durant son congé, qu'il fit sans fatigue, comme cuisinier d'un général.

En 1891, huit mois après avoir quitté le service militaire, il fut pris des mêmes accidents auxquels se mêla, pour la première fois, de l'ictère.

Il guérit de nouveau au bout de 3 semaines de régime lacté et se remet à travailler.

Depuis ce temps-là environ tous les 4 mois, il présenta des accidents du même ordre qui allèrent en s'aggravant, jusqu'à déterminer chez lui, cet état cachectique et cette teinte verdâtre de la peau et des conjonctives que nous avons observés.

Fin 1898 et commencement 1899 il entre à Lariboisière en médecine où on diagnostique kyste hydatique. En juin, il entre en chirurgie, où on ne l'opère pas bien qu'il y ait séjourné un mois. Il sort et, dans une promenade de valétudinaire désœuvré entre dans un établissement ra-

diographique dans lequel on invite les assistants à se soumettre à la radioscopie. Le radiographe fait remarquer au malade que son poumon gauche ne fonctionne pas et lui dit qu'il doit avoir une tumeur du côté du foie.

Il entre de nouveau en chirurgie, comme il présentait une volumineuse tumeur au creux épigastrique, le chirurgien lui fait une laparatomie, il constate que la saillie est celle du foie sain et le ventre est refermé.

En décembre, il rentre en médecine chez M. Muselier à l'hôpital Lariboisière, qui constate une tumeur distendant l'hypocondre gauche, le poumon étant absolument refoulé, il fonctionne en arrière entre deux côtes et donne issu à environ 500 grammes de liquide rougeâtre, pus hépatique caractéristique.

M. Muselier passant à l'Hôtel-Dieu le 25 décembre, amène le malade avec lui et nous le confie.

Le sujet était dans une cachexie profonde, foie saillant à l'épigastre, ventre énorme avec ascite.

Le 30 décembre 1899, après anesthésie, je fis en arrière une incision entre la 9^e et la 10^e côte et je réséquais huit centimètres de chacune de ces côtes ; j'enfonçais le trocart au même niveau où M. Muselier avait fait sa ponction exploratrice.

Le trocart pénétra dans le foyer d'un abcès considérable, sur la canule du trocart, je fis au thermocautère une incision de la longueur de l'incision superficielle et j'ouvris l'abcès, évacuant 2 litres de pus rougeâtre.

Je nettoyais l'abcès en introduisant à plusieurs reprises une éponge chargée d'eau oxygénée et 2 gros drains furent laissés en place. Pansement avec charpie phéniquée, lavage quotidien du foyer avec de l'eau oxygénée diluée ou de l'eau bouillie.

Malgré sa faiblesse, le malade avait bien supporté le chloroforme et l'opération et trois semaines plus tard il est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION VII

Publiée par le Dr Laveran

Abcès consécutif à la dysenterie, 7 ans après le début des accidents.

C..., âgé de 42 ans, chef mécanicien au chemin de fer du Soudan, entre le 16 août au Val-de-Grâce.

Antécédents personnels :

C... a eu en 1870 la fièvre typhoïde ; en 1875, après son service militaire, il entre au chemin de fer d'Orléans d'où il est parti en 1882 pour le Soudan, où il a eu de légers accès de fièvre palustres dès son arrivée.

En 1885, le malade a été atteint de dysenterie aiguë et, depuis cette époque, la dysenterie a reparu à plusieurs reprises, selles fréquentes, sanguinolentes, coliques avec épreintes.

Au mois de janvier 1892, le malade a eu la fièvre bilieuse (non hématurique) qui a duré 4 à 5 jours.

A la fin de janvier, il a ressenti une douleur assez vive dans la région du foie, cette douleur a été, depuis lors, toujours en augmentant, le malade ne pouvait pas se coucher sur le côté droit.

Le 2 juin 1892, C... est rentré en France.

Etat actuel (17 août 1892).

Le malade est très anémié, amaigri et affaibli, la température axillaire est de 37°,5 le matin et de 39°,5 le soir ; les membres inférieurs sont œdématisés ; le malade se plaint surtout d'une douleur dans le côté droit. Déformation marquée de l'abdomen qui est déprimé à gauche, tandis qu'à droite, au-dessous des fausses côtes, on constate une voussure très apparente ; à ce niveau, la palpation est douloureuse. Elle fait constater une tumeur volumineuse qui descend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic et qui se continue en haut avec le foie. A ce niveau, la peau est normale, il n'y a pas de fluctuation. La

rate n'est pas hypertrophiée. Le malade a de l'anorexie, ses selles ne sont pas dysentériques à ce moment. Le diagnostic d'abcès du foie est porté.

Le 18 août, le malade a 38°,5 le matin, 37°,2 le soir.

Mon collègue, M. le Professeur Robert, fait, à ma demande, une incision sur la partie la plus saillante de la tumeur ; on arrive facilement dans l'abcès (il existe des adhérences péritonéales). Il s'écoule un litre de pus jaunâtre grumeleux ; ensemencé, il est stérile.

Le 19 août, le malade est très faible, 36°,7 le matin, 38°,4 le soir, par la plaie, s'écoule abondamment du pus.

Le 20 août. Mouvement fébrile le soir, écoulement toujours abondant de pus ; des injections au sublimé à 10/000 sont faites dans la poche de l'abcès.

Le 25 août, la dysenterie reparait, le malade a 7 ou 8 selles nocturnes. Mucus teinté de sang. La dysenterie persiste du 26 au 30 août. La plaie suppure toujours avec abondance, le malade est très affaibli, anorexique.

Pendant les mois de septembre et d'octobre, la plaie suppure toujours et la dysenterie persiste (8 à 10 selles quotidiennes).

Epuisé par la dysenterie et la suppuration, le malade est arrivé au mois de novembre à un état de faiblesse extrême, il meurt le 8 novembre.

A l'autopsie, on trouve un seul abcès superficiel, une dégénérescence graisseuse du tissu hépatique ; la rate, doublée de volume et le gros intestin couvert d'un grand nombre d'ulcérations.

OBSERVATION VIII

*Communiquée par M. le Dr Netter, à la Société Médicale
des Hôpitaux, 11 juillet 1890*

Abcès du foie survenu 7 ans après les accidents initiaux.

B..., âgé de 29 ans, dessinateur, entre à Lariboisière le 3 février 1890.

Antécédents personnels :

Sans intérêt jusqu'en 1883, époque où se trouvant soldat au Sénégal, il fut atteint de fièvres intermittentes, compliquées quelquefois de douleurs dans l'hypocondre droit, cela dura jusqu'à son retour en France, en 1885 ; depuis il n'eut pas le moindre accès.

En juillet 1889, à la suite de symptômes qui firent porter le diagnostic de fièvre typhoïde, il fut pris de douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs qui disparurent en quelques jours pour reparaitre en janvier 1890, après 15 jours de durée elles disparaissent pour revenir le 25 janvier accompagnées de douleurs au creux épigastrique et d'une légère diarrhée. Le malade, à son entrée, amaigri, présente un teint subictérique, il n'a ni diarrhée ni vomissements, il n'éprouve aucun dégoût pour les aliments mais son appétit a disparu.

La douleur est localisée à l'hypocondre droit, c'est une sensation de pesanteur continue sans exacerbations et ni spontanée ni provoquée par la pression.

A l'inspection : On note une légère voussure à la région hépatique, la matité s'étend sur la ligne mamelonnaire de la 5^e côte à 6 travers de doigts au-dessous du rebord des fausses côtes ; sur la ligne médiane, d'un centimètre au-dessous du sternum à 5 centimètres au-dessous ; sur la

ligne axillaire de la 7^e côte au rebord costal. En arrière matité jusqu'à l'angle de l'omoplate.

Urines, 1250 grammes ; urée, 12 gr. 5 par litre, traces d'albumine. Les selles sont décolorées.

On pratique, le 5 février, une ponction sur la ligne mamelonnaire droite à 1 centimètre au-dessous du rebord des fausses côtes et on retire du pus chocolat.

Le malade est envoyé en chirurgie chez M. Berger ; les symptômes s'amendent et, l'opération n'étant plus jugée nécessaire on nous le renvoie le 25 février.

A cette date, la matité hépatique a légèrement diminué et une seconde ponction ne donne que du sang. Le malade part le 6 mars pour l'asile de Vincennes, amélioré et sa matité hépatique diminuée en arrière.

Le malade revient le 11 avril dans le service, il a eu une forte bronchite guérie depuis quelques jours ; il présente une inappétence absolue, un état général mauvais, un amaigrissement prononcé, de la fièvre, mais ni nausées ni vomissements.

L'hypocondre droit présente une voussure considérable de la 6^e à la 12^e côte. La mensuration donne une différence de 6 centimètres en faveur du côté droit. Léger œdème de la paroi. Pas de douleur à la palpation. La moitié s'étend sur la ligne mamelonnaire de la 5^e côte, à deux travers de doigts au-dessous du rebord des fausses côtes ; sur la ligne axillaire de la 7^e côte au rebord costal ; sur la ligne scapulaire de la 8^e à la 12^e côte. On donne au malade du lait, du bouillon et 1 gramme d'acide salicylique. Le 16 avril la température tombe de 39° à 37°5.

Sur la ligne axillaire dans le 9^e espace intercostal on fait une ponction évacuatrice et on retire 800 grammes d'un liquide chocolat, gluant, grumeleux.

On injecte 800 grammes de sublimé à 1/2000 qu'on retire également moins une trentaine de grammes qu'on laisse dans la cavité. Pansement collodioné. Le pus est

stérile. B... part pour Vincennes, les forces et l'appétit sont revenus, la santé est bonne et les dimensions du foie sont normales.

OBSERVATION IX

Publiée par M. Berger

Abcès du foie survenu 6 ans après une dysenterie.

F..., âgé de 30 ans, entre le 28 février 1897, à la Pitié, avec les signes d'un abcès profond du foie.

Voici ce qu'il raconte sur les origines de cette affection.

Il fut envoyé, en 1889 et 1890, comme militaire au Tonkin ; pendant les six premiers mois de son séjour dans cette colonie il eut la dysenterie ; à ce moment il fut atteint d'une douleur à la région du foie, et considéré comme atteint d'une hépatite légère et passagère qui céda d'ailleurs facilement à l'application d'un vésicatoire à l'hypocondre droit.

La dysenterie continua même après le retour en France du malade, elle dura 3 ans encore, de janvier 1891 à mars 1898. Enfin elle guérit quoique le malade n'eut rien fait pour se soigner.

Les selles diarrhéiques mélangées de glaires et de filets de sang disparurent, et les périodes de constipation alternant avec des débâcles, firent place à des garde-robes plus régulières.

Cependant le malade restait habituellement constipé et le moindre refroidissement était suivi de 2 à 3 jours de diarrhée, celle-ci n'avait pas de caractère spécial et depuis la congestion du foie qu'il avait présenté au Tonkin, le malade n'avait jamais ressenti de douleur hépatique.

Il fut pris en décembre 1896, d'une grippe qui dura 6 semaines, dès le début de cette maladie le malade sent son foie.

Cette douleur était exagérée par la pression et les efforts. Amaigrissement, pâleur, altération des traits, anxiété et gêne respiratoire, résultant de la douleur qui est continue.

Pas de fièvre, la température oscille entre 36°,7 et 37°2. Il existe une voussure très marquée de la base du thorax à droite, mais le bord inférieur du foie ne dépasse les fausses côtes qu'à la région épigastrique, qu'il recouvre sur une hauteur de trois travers de doigt. La tuméfaction du foie est manifeste, étant donné les antécédents pathologiques du malade, malgré l'absence de fièvre me fait admettre l'existence d'un abcès du foie.

Le 10 mars, le malade a une vomique, son état général n'est pas amélioré, pour la première fois la fièvre fait son apparition, t° 38°,5.

Le 2 avril on fait l'ouverture de l'abcès par voie trans-diaphragmatique.

Le malade sort le 25 avril, complètement guéri.

OBSERVATION X

Publiée par M. Bouveret

Abcès du foie survenu 5 ans après la dysenterie.

X..., soldat faisant campagne au Tonkin, où il arrive en janvier 1888. Il a des accès paludéens les premiers mois de son séjour.

En juillet 1889, le malade entre à l'hôpital de Lang-

Son pour une dysenterie qui dura deux mois. Evacué sur Hanoï, il éprouve une rechute, se rétablit de nouveau et est rapatrié en février 1890. Nouvelle rechute pendant la traversée.

Le séjour au pays natal le rétablit promptement et en août 1890, il rejoignait son régiment à Montpellier et prenait part aux grandes manœuvres après lesquelles il rentrait en bonne santé dans ses foyers, pesant 74 kilos et menant une vie active.

Il se marie en 1891, pendant l'année 1892 il a tous les 2 ou 3 mois des malaises périodiques qu'il ne peut préciser.

En novembre 1893, après une période de surmenage causé par un travail pénible dans un milieu froid et humide, il prend la grippe et reste quelques jours couché au lit.

On lui conseille le littoral méditerranéen où il se rend en janvier 1894.

Il y passe trois mois avec des accès de fièvre, des douleurs dans le bras droit et revient en mars ayant perdu 12 kilos.

Pensant à des accès paludéens, on lui fait prendre de la quinine et on l'envoie à la montagne.

En mai 1894, en présence des douleurs thoraciques, qu'on attribue à de la pleurésie sèche, on lui conseille un climat moins froid ; il revient chez lui avec des accès fébriles, des sueurs nocturnes, de vives douleurs au bras droit, de la diarrhée (c'est la première fois depuis son retour en France).

En juillet on parle de coliques hépatiques puis d'abcès du foie, lorsqu'une vomique qui intervient confirme le diagnostic. Mais l'état général du malade est toujours mauvais et la température élevée. C'est alors que M. Bouveret voit le malade pour la première fois, il s'agit

évidemment d'un abcès du foie consécutif à la dysenterie de 1889.

Expectoration purulente, chocolat, d'un tiers de litre en 24 heures, état général inquiétant.

L'hypocondre droit peu douloureux, le foie ne déborde pas les fausses côtes. La zone de matité remonte à la face postérieure du thorax à hauteur du mamelon.

M. Bouveret conseille l'intervention immédiate faite par M. le Pr Polosson, 4 jours après. Issu d'un litre de pus. Suites difficiles inquiétantes. L'amélioration se dessine pour aboutir à la guérison en octobre 1894.

OBSERVATION XI

Publiée par Bertrand et Fontan

Abcès du foie survenu 4 ans après la dysenterie.

G. P..., caporal au 1^{er} régiment d'infanterie de marine, est âgé de 28 ans et a 8 ans de service.

Il a d'abord servi dans l'armée de terre en Algérie et en Tunisie. Atteint en 1884 de fièvre typhoïde. Passé aux troupes de la marine il a fait 2 séjours de 2 ans chacun au Tonkin, où il a été pris de fièvres paludéennes et de dysenterie.

Il est rapatrié le 5 avril 1893.

Le 11 avril 1893, il fait sa première entrée à l'hôpital de Cherbourg, il accuse des douleurs à l'hypocondre droit, irradiée, à l'épaule ; le foie est augmenté de volume et sensible à la pression surtout au niveau du 7^e espace intercostal. Fièvre quotidienne vespérale. Sous l'influence d'un traitement purement médical les symptô-

mes subissent un amendement progressif et le malade quitte l'hôpital pour un congé de convalescence le 26 mai.

Le 15 octobre 1893 il entre à l'hôpital de Cherbourg pour la deuxième fois. On constate que le foie est augmenté de volume, la matité commence à deux travers de doigts au-dessous du mamelon et dépasse le rebord costal de un travers de doigt. Le malade a une douleur fixe en arrière, dans le dernier espace intercostal à 8 centimètres de la colonne vertébrale, elle est spontanée, exaspérée par la pression et comparée par le malade à une douleur de contusion.

Les téguments font à ce niveau une légère saillie et donnent au toucher une sensation de résistance profonde, il n'y a ni fluctuation ni œdème pariétal. Les espaces intercostaux ne paraissent pas élargis.

Il n'y a ni dyspnée ni diarrhée. Du 16 novembre au 7 décembre, la température oscille entre 37° et 37°,5.

Le malade passe en chirurgie le 7 décembre avec le diagnostic d'abcès hépatique possible.

Il est opéré le 9 décembre.

Après une ponction au point douloureux avec le plus gros trocart de l'appareil de Potain, le pus fait issue en grande quantité mélangé de détritits hépatiques. Séance tenante, après anesthésie on fait une incision de 8 centimètres à égale distance du rachis et de la ligne axillaire postérieure, incision qui prend en masse la peau, les muscles et le parenchyme hépatique. Du pus chocolat s'échappe abondamment par cette large ouverture, mélangé de détritits hépatiques, on peut évaluer à un litre la quantité évacuée de pus, la poche de l'abcès a le volume d'une orange et n'est pas anfractueuse.

On lave la poche et on draine. T° 37° le matin, 38° le soir, dans la journée de l'opération, le lendemain le malade ne souffre pas, son pansement est souillé de pus, on

lave la poche de l'abcès au bichlorure à 10/2000, 1° 37° le matin, 36°,8 le soir.

Les jours suivants la suppuration diminue, la poche tend à se rétrécir, le malade ne souffre pas.

Le 20 décembre, plus de pus dans le pansement, la cavité de l'abcès est de la grandeur d'une noix, on enlève le drain.

Le 2 janvier, le malade est guéri, la cicatrisation étant complète. Du 19 décembre au 16 janvier il a augmenté de 11 kilos.800 gr. Exeat le 28 janvier.

Dans l'analyse bactériologique du pus par M. Baucher, on voit quelques bactéries et nombre de microcoques.

Lesensemencements sont demeurés stériles.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès du foie à apparition tardive surviennent généralement chez d'anciens dysentériques rapatriés.

II. — On pourrait faire deux hypothèses, au sujet de ces abcès : dans la première le processus évolutif serait long et très lent ; dans la seconde, ces abcès seraient dus à la suppuration tardive d'un nodule amibien enkysté depuis de longues années.

III. — Suivant ces deux modes hypothétiques d'évolution, l'étude clinique nous montre dans le premier cas, une période de latence entrecoupée de crises paroxystiques intermittentes et dans le second cas, une absence complète de signes avant la formation de l'abcès.

IV. — Pour le diagnostic de ces formes, si difficiles à établir, il faudra surtout s'aider des antécédents dysentériques ou de la notion du séjour du malade dans les pays tropicaux ; on aura recours ensuite à l'hématologie, aux ponctions exploratri-

ces, à l'examen radiologique, à la rectoscopie et enfin à l'examen bactériologique du pus.

V. — Le traitement, une fois le diagnostic posé, sera immédiatement institué ; il ne peut être que chirurgical. Après avoir incisé au point le plus saillant de la tumeur, on évacuera le pus, on lavera la poche de l'abcès puis on la drainera.

Vu le Doyen,

LANDOUZY.

Vu le Président de Thèse.

GILBERT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉNÉS C. — Thèse de Montpellier, n° 23.
- BERTRAN et FONTAN. — Traité de l'hépatite sup. des pays chauds (1895).
- BOINET. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris 1901.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de Médecine et de Thérapeutique.
- CASSAIGNE et FIESSINGER. — Tr. des mal. du foie et des voies biliaires 1912.
- CHANAC. — Thèse de Montpellier, n° 74.
- CHAUFFARD. — *Revue générale de Clinique et Thérapeutique*, Paris 1908.
- FAURE. — N. traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet.
- FONTAN. — Les grands abcès du foie, Paris 1909.
- GILBERT et LIPMAN. — Compte rendu *Soc. de Biologie*, Paris 1907.
- HASSLER et BOISSON. — *Revue de médecine*, Paris 1896.
- JABOULEY. — *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, Paris 1907.
- JEANSELME et RIST. — Pathologie Exotique, 1909.
- JOSSERAND. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris 1897.
- JOURDAN. — Thèse de Lyon 1896-1897, n° 93.
- KARTULIS. — Archives de Virchow.
- KELSCH et KIENER. — *Arch. générales de Médecine*, Paris 1888.

KELSCH et NIMIER. — *Bull. Acad. de Médecine*, Paris 1900.

LAFFERRIÈRE. — Thèse de Lyon 1900, n° 96.

LAVERAN. — Société Médicale des Hôpitaux, Paris 1890.

LEGRAND et AXISA. — *Arch. prov. de Chirurgie*, Paris 1905.

LESAGE. — *Compte rendu Société de Biologie*, Paris 1902.

LOISON ARNAUD. — *Revue de Médecine*, Paris 1892.

LUCAS CHAMPIONIÈRE. — *Bull. Acad. de Médecine*, Paris 1900.

MACLEAD N. — *Bristich Medical Journal*, 1894.

MANSON. — *Lectures of tropical Diseases*.

NETTER. — Société Médicale des Hôpit., Paris 1890.

RENDU. — *Dict. encyclop. des sciences médicales* t. III, 3^e série. *Bull. Société Médicale des Hôpitaux*, Paris 1890.

WALTHER. — *Bull. et thèse Société de chirurgie*, Paris 1898.

ZANCAROL. — *Revue de Chirurgie*, 1898.
